

妊婦健康診査等助成券交付申請書

5年保管

交付番号:

フリガナ				世帯主氏名			
妊婦氏名				父となる者			
年齢	歳 (S・H 年 月 日生)			年齢		職業	
職業				携 帯	()		
本人携帯	()	妊		携 帯	()		
自宅電話	()	8		分娩予定日	令和 年 月 日		
居住地	深谷市			現在の妊娠週数	第 週		
				分娩予定日の年齢	歳		
				国 籍(外国人のみ)			
出産予定の 病医院名・助産院名	(都 道 府 県)			妊娠回数	初回	・	回目(※今回の妊娠を含む)
				出産回数	初回	・	回目(※今回の妊娠を含む)
上記のとおり届出いたします。							
令和 年 月 日							
深谷市長 宛				申請者氏名 (妊婦との関係)			

妊娠、出産、子育て期に至るまで切れ目ない支援が提供できるように、今後の妊娠等の情報について、必要に応じて関係機関等と情報を共有することについて同意します。

妊婦氏名()代筆者()

※本人が来所できない場合、記載が必要です。

委任状 (必ず妊婦本人が自署してください)

令和 年 月 日

委任者(妊婦本人) 氏名 _____
 住所 _____

代理人(届出者) 氏名 _____
 住所 _____
 委任者との続柄 _____

私は上記のものを代理人と定め、次の権限を委任します。

- 妊婦健康診査等助成券の申請手続きに関する事
- 妊婦健康診査等助成券の受領に関する事

※来所時、代理人の身分証明書をお持ちください。

◎裏面もあります。

※市処理欄

助成券	HIV	子宮頸がん	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	HTLV-1	クラミジア	新生児聴覚	産婦健診	歯科受診票
	桃	桃	桃	白	青	白	白	青	白	白	白	青	白	青	白	白	黄	黄	白	白	
担当者	来所者										本人・夫・パートナー・実母・子ども・その他()										
肝炎検査	未 (同意書: 有・無)										体重増加の目安	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = BMI				BMI		体重増加の目安			
	済 (結果: +・-) 陽性者→(精検受診: 未・済) 精検未受診者→(同意書: 有・無)											18.5未満		12~15kg							
出産応援ギフト申請	有・無 (希望なしで申請書記入する)										備考		18.5以上 25未満		10~13kg						
											25以上 30未満		7~10kg								
										30以上		病院と相談									